

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

ANNÉE 1924-1925

---

N° 46

# L'OULECTOMIE

## SA PLACE ET SES INDICATIONS

### DANS LE

## TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU GLAUCOME

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Marie-Francis FARINAUD

Médecin auxiliaire de la Marine  
Externe-lauréat des Hôpitaux  
né à La Rochelle (Charente-Inférieure), le 4 novembre 1899

---

|                        |   |                                |           |
|------------------------|---|--------------------------------|-----------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. LAGRANGE, Professeur ..... | Président |
|                        |   | G. DUBREUIL, Professeur .....  | Juges     |
|                        |   | CABANNES, Agrégé .....         |           |
|                        |   | TEULIÈRES, Agrégé .....        |           |

---

BORDEAUX  
Imprimerie J. BIÈRE  
18-20-22, rue du Peugue, 18-20-22

---

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FAKULTET DE MEDICINE ET DE PHARMACIE

N. 40

ANNEE 1894-1895

THESE

DE

PAR

LE

DOCTEUR EN

MEDECINE

PAR

LE

LE

Inclus

1894

THESE

DE

1894

**THÈSE**  
**POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

---

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

ANNÉE 1924-1925

---

N° 46

# L'OULECTOMIE

SA PLACE ET SES INDICATIONS  
DANS LE  
TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU GLAUCOME

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Marie-Francis FARINAUD

Médecin auxiliaire de la Marine

Externe-lauréat des Hôpitaux

né à La Rochelle (Charente-Inférieure), le 4 novembre 1899

---

|                        |   |                                |                  |
|------------------------|---|--------------------------------|------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. LAGRANGE, Professeur ..... | <i>Président</i> |
|                        |   | G. DUBREUIL, Professeur ....   | } <i>Juges</i>   |
|                        |   | CABANNES, Agrégé .....         |                  |
|                        |   | TEULIÈRES, Agrégé .....        |                  |

---

BORDEAUX  
Imprimerie J. BIÈRE  
18-20-22, rue du Peugue, 18-20-22

---

1924

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. .... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR

## PROFESSEURS

| MM.                                                    |              |                                                             | MM.          |
|--------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|--------------|
| Clinique médicale .....                                | VERGER.      | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ....          | N.           |
| Clinique chirurgicale.....                             | CASSAET.     | Clinique gynécologique...                                   | GUYOT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....             | CHAVANNAZ.   | Clinique médicale des maladies des enfants.....             | MOUSSOUS     |
| Clinique d'accouchements.                              | BEGOUIN.     | Chimie biologique et médicale.....                          | DENIGES.     |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique...       | CRUCHET.     | Physique pharmaceutique.                                    | SIGALAS.     |
| Anatomie .....                                         | RIVIERE.     | Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....  | LE DANTEC    |
| Anatomie générale et histologie .....                  | SABRAZES.    | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...          | W. DUBREUILH |
| Physiologie .....                                      | PICQUE.      | Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale | N.           |
| Hygiène.....                                           | G. DUBREUIL. | Clinique des maladies nerveuses et mentales....             | ABADIE       |
| Médecine légale et déontologie .....                   | PACHON.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie...                        | MOURE        |
| Physique biologique et clinique d'électricité médicale | AUCHE.       | Toxicologie et hygiène appliquée.....                       | BARTHE.      |
| Chimie .....                                           | LANDE        | Hydrologie thérapeutique et climatologie.....               | SELLIER.     |
| Botanique et matière médicale.....                     | BERGONIÉ.    |                                                             |              |
| Pharmacie .....                                        | CHELLE.      |                                                             |              |
| Zoologie et parasitologie..                            | BEILLE.      |                                                             |              |
| Médecine expérimentale..                               | DUPOUY.      |                                                             |              |
| Clinique ophtalmologique.                              | MANDOUL.     |                                                             |              |
|                                                        | FERRE.       |                                                             |              |
|                                                        | LAGRANGE.    |                                                             |              |

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                                        |             |                          | MM.       |
|--------------------------------------------|-------------|--------------------------|-----------|
| Anatomie et embryologie.                   | VILLEMIN.   | Médecine générale.....   | DUPERIE.  |
| Histologie .....                           | LACOSTE.    | Maladies mentales....    | CREYX.    |
| Physiologie .....                          | DELAUNAY.   | Chirurgie générale.....  | MICHELEAU |
| Anatomie pathologique...                   | MURATET.    | Obstétrique .....        | BONNIN.   |
| Parasitologie et Sciences naturelles ..... | R. SIGALAS. | Ophthalmologie .....     | PERRENS.  |
| Physique biologique et médicale .....      | N.          | Oto-rhino-laryngologie.. | ROCHER.   |
| Chimie biologique et médicale .....        | RECHOU.     | Pharmacie .....          | DUVERGER  |
| Médecine générale .....                    | N.          |                          | PAPIN.    |
|                                            | MAURIAC.    |                          | PERY.     |
|                                            | LEURET.     |                          | FAUGERE   |
|                                            |             |                          | TEULIERES |
|                                            |             |                          | PORTMANN. |
|                                            |             |                          | GOLSE.    |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                                                                                             |          |                                      | MM.        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------|------------|
| Clinique dentaire .....                                                                         | CAVALIÉ  | Puériculture .....                   | ANDÉRODIAS |
| Médecine opératoire .....                                                                       | PAPIN    | Démonstrations et préparat. pharmac. | LABAT      |
| Accouchements .....                                                                             | FAUGÈRE  | Chimie pharmaceutique .....          | GOLSE      |
| Clin. des mal. des voies urinaires...                                                           | DUVERGEY | Chimie minérale .....                | N.         |
| Ophthalmologie .....                                                                            | CABANNES | Hygiène appliquée .....              | N.         |
| Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes |          |                                      | MM. ROCHER |
| Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle .....                     |          |                                      | GOURDON    |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK

LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Témoignage d'immense grati-  
tude et de profonde affection.*

---

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR ETIENNE FARINAUD  
MÉDECIN DES TROUPES COLONIALES

---

A MES SŒURS ET A MA BELLE-SŒUR

---

A MES PARENTS

---

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TEULIÈRES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE BORDEAUX

CHARGÉ DE COURS COMPLÉMENTAIRE D'OPHTALMOLOGIE  
OCULISTE DES HÔPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX

OCULISTE DES HÔPITAUX

CHEF DE LABORATOIRE DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR PESME

EX-CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

*Que nous remercions de ses précieuses conseils et surtout de nous avoir laissé prendre comme sujet de thèse l'oulectomie qui, primitivement, devait faire pour lui, l'objet d'un travail original.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD

CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI VERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
MÉDECIN DES HÔPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES CARLES

CHARGÉ DE COURS DE THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
MÉDECIN DES HÔPITAUX  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
DE PARIS  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ  
DE LA MARINE ET DES COLONIES  
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CORRESPONDANT DE L'INSTITUT (Académie des Sciences)  
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE  
PARIS  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Mon cher Maître,*

*Vous m'avez fait aimer l'ophtalmologie et vous m'en avez enseigné les principes essentiels. Je tiens à vous en remercier ici, ainsi que de l'extrême bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.*

*Permettez-moi, en outre, de vous dire que je vous suis particulièrement reconnaissant du grand honneur que vous me faites, en acceptant de présider cette thèse, après m'avoir permis de prendre comme sujet une des applications de votre méthode fistulissante.*

# L'OULECTOMIE

---

## SA PLACE ET SES INDICATIONS DANS LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU GLAUCOME

*« The object of every glaucoma operation is to establish filtration from the eye ; if we fail in that we fail entirely »,*

Priestley Smith.

79<sup>th</sup> Annual Meeting of the British Medical Association. Birmingham 1911.

---

### CHAPITRE PREMIER

**Ce que nous entendons par Oulectomie. — Justification de l'appellation employée. — Plan de ce travail.**

---

Dès le début de ce travail et pour éviter toute confusion possible dans l'esprit du lecteur, il nous apparaît comme indispensable de nous expliquer clairement sur ce que nous

entendons par oulectomie, et de définir d'une façon très précise, l'opération à laquelle nous donnons ce nom.

L'Ecole de Bordeaux, à la suite du Professeur Lagrange appelle oulectomie (de οὐλή cicatrice) : « *La résection sclérale, simple, sous-conjonctivale, antérieure, exécutée plus ou moins longtemps après une irideclomie, pour suppléer à l'insuffisance de celle-ci et faite dans l'emplacement même de la cicatrice sclérale.* » L'oulectomie est donc une sclérectomie, sclérectomie qui sera faite au niveau de la cicatrice pour profiter de la présence du colobome préexistant, et éviter ainsi toute possibilité d'enclavement de l'iris.

Cette opération n'est pas une opération nouvelle, depuis l'introduction par le Professeur Lagrange de la méthode fistulisante dans la thérapeutique antiglaucomateuse, elle a sans doute été faite bien des fois, mais le mot qui nous sert à la désigner est nouveau et nous devons nous expliquer à son sujet. Car, si nous proposons ce mot, ce n'est pas pour le simple plaisir de créer un terme. Beaucoup d'auteurs, A. Terson en particulier, se sont élevés, fort justement d'ailleurs, contre la manie, aujourd'hui très répandue du néologisme, manie dont l'ophtalmologie souffre peut-être plus qu'aucune des autres branches des sciences médicales. Mais il y a des néologismes utiles, parce qu'ils apportent de la clarté, aussi bien prétendons-nous, non pas nous excuser d'employer un terme nouveau, mais plutôt en justifier l'introduction dans la terminologie ophtalmologique.

On nous objectera que l'oulectomie, d'après notre définition même, n'est en somme qu'une sclérectomie simple et que nous pourrions l'appeler ainsi; c'est vrai et faux tout à la fois : Vrai puisque en effet cette opération consiste simplement en une sclérectomie; faux, parce que cette opération, faite dans des conditions bien spéciales — après une irideclomie et au niveau même de la cicatrice sclérale — est bien différente, et doit être à notre avis soigneusement distinguée de la sclérectomie simple, qui, est une sclérectomie faite d'emblée sur un œil glaucomateux, exécutée seule, sans iri-

dectomie, et que A. Terson a dénommée d'une façon plus précise : « sclérectomie antérieure, perforante, simple ». D'autre part il est indispensable de séparer nettement l'opération dont nous nous occupons, de celle que Bettremieux a décrite sous le nom de « sclérectomie simple » et qui est une sclérectomie non perforante.

Quant au terme de sclérectomie secondaire, nous préférons le réserver pour les cas de sclérectomies exécutées après une première sclérectomie. Et pour désigner l'opération dont nous nous occupons, nous lui préférons, comme tout aussi simple et beaucoup plus significatif, celui d'oulectomie.

Et d'ailleurs, ce terme d'oulectomie n'est pas entièrement nouveau, et il rappellera sans doute à beaucoup d'oculistes celui d'oulotomie, créé par Panas et employé par lui et par de Wecker pour désigner une sclérotomie secondaire à une iridectomie et faite dans la cicatrice de celle-ci.

L'emploi du mot oulectomie étant maintenant justifié, nous pouvons compléter ainsi le tableau de Pagenstecher, indiquant les différentes variétés de sclérectomie perforante :

A) Sclérectomie sans iridectomie : 1<sup>o</sup> primitive : sclérectomie simple ; 2<sup>o</sup> secondaire à une iridectomie devenue insuffisante : oulectomie.

B) Sclérectomie avec iridectomie périphérique ;

C) Sclérectomie avec iridectomie totale.

Mais, proposer une nouvelle opération ne saurait suffire ; il faut montrer que son emploi est légitime et répond à des besoins réels : c'est là le but de notre travail, de justifier l'emploi de l'oulectomie dans la thérapeutique anti-glaucomeuse, comme nous venons d'en justifier l'appellation.

Auparavant, il nous faut indiquer, qu'au cours de notre étude nous aurons surtout en vue le traitement du glaucome aigu pour qui, actuellement, et depuis la géniale invention de De Graefe, l'iridectomie est l'opération classique. Nous nous occuperons un peu moins du glaucome chronique parce que, si quelques oculistes le traitent encore par l'iridectomie, ils sont, et surtout, seront de plus en plus rares. Nous croyons,

en effet, être d'accord avec le plus grand nombre des ophtalmologistes, en disant qu'aujourd'hui l'opération classique dans le glaucome chronique est la sclérecto-iridectomie; le temps a démontré : 1° qu'elle n'est aucunement dangereuse; 2° que ses résultats éloignés sont excellents et supérieurs, de beaucoup, à ceux de n'importe quelle autre opération anti-glaucomeuse. Ces résultats éloignés étant, dans le traitement du glaucome chronique, supérieurs à ceux que donne l'iridectomie dans le traitement du glaucome aigu, quelques opérateurs ont voulu traiter celui-ci par la sclérecto-iridectomie; ils ont obtenu des désastres; il les auraient évités s'ils s'étaient souvenus que lorsque le Professeur Lagrange a proposé la méthode fistulisante pour le traitement du glaucome il a bien insisté sur ce point, que le glaucome aigu ne devait pas être traité par la sclérecto-iridectomie. Cela est toujours vrai, mais avec une petite réserve, car, étant donnée l'action hypotonisante remarquable de l'injection rétro-bulbaire d'alcoïne-adréraline, il est possible que grâce à elle, on puisse dans quelques cas, si la tension baisse suffisamment, opérer par la sclérecto-iridectomie des yeux atteints de glaucome aigu.

Quoi qu'il en soit que les yeux iridectomisés l'aient été pour glaucome aigu ou pour glaucome chronique, dans un cas comme dans l'autre, contre le retour du glaucome, c'est la même opération : l'oulectomie que nous proposerons. Mais il va de soi qu'avant de proposer la fistulisation pour de tels yeux, il nous faut, évidemment, prouver d'abord, qu'ils existent, et par conséquent qu'il y a des cas où malgré l'iridectomie, on assiste plus ou moins rapidement après l'opération, à une reprise des accidents glaucomeux. Que l'iridectomie soit ainsi souvent impuissante à guérir définitivement le glaucome aigu ou chronique, c'est ce que nous essaierons de montrer dans le chapitre suivant. Puis, dans un troisième chapitre, ne nous contentant pas d'avoir montré cette impuissance, nous en rechercherons les causes, et nous verrons que c'est dans ces causes mêmes, que nous trouverons la justifica-

tion de l'emploi de l'oulectomie; nous démontrerons en effet, par leur étude, que l'oulectomie est l'opération qui s'impose logiquement quand l'iridectomie cesse d'agir. Après en avoir ensuite décrit la technique et prouvé par des observations l'excellence des résultats qu'elle donne, nous nous efforcerons dans un dernier chapitre d'en préciser les indications.

---

## CHAPITRE II

### **Un fait : l'iridectomie ne suffit pas pour normaliser un œil glaucomateux et le guérir définitivement.**

---

Nous étudierons successivement l'insuffisance de l'iridectomie dans le glaucome aigu puis dans le glaucome chronique.

#### **A) Insuffisance de l'iridectomie dans le glaucome aigu.**

L'iridectomie est aujourd'hui l'opération classique dans cette forme de glaucome, cependant, même ses partisans les plus acharnés ne pourront nier qu'il y ait des cas qui lui résistent, des yeux opérés où le glaucome recommence soit rapidement, soit tardivement. Citons quelques auteurs : Gama Pinto dit : « Il est des cas où l'hypertension persiste après l'iridectomie, rendant nécessaire une nouvelle intervention ».

Fourrière, dans sa thèse, après avoir étudié l'effet de l'iridectomie sur la tension dans le glaucome aigu, conclut que s'il y a des cas où la tension est normalisée, il en est d'autres où : « l'hypertension persiste malgré l'iridectomie » et d'autres où « la tension reste normale pendant un temps variable puis subit une ascension nouvelle ». Aussi, dit-il, l'iridectomie dans le glaucome aigu « ne doit pas être considérée comme un traitement idéal qui met définitivement l'œil glaucomateux à l'abri des poussées ultérieures d'hypertension ».

Pour le glaucome subaigu, traité par l'iridectomie, ses conclusions sont identiques.

Nos cinq premières observations prouvent que les conclusions sont parfaitement justes.

Il est intéressant de rechercher maintenant dans quelles proportions l'iridectomie est insuffisante. Nous allons le voir par l'étude de ses résultats. Mais il importe de distinguer les résultats immédiats des résultats éloignés.

### 1° Résultats immédiats.

Ils sont le plus souvent excellents si l'opération a été faite à temps et nous considérons comme exacte la statistique de Nectoux, l'abaissement de la tension y étant prise comme critérium de guérison :

|                      |      |
|----------------------|------|
| Bons résultats ..... | 82 % |
| Mauvais .....        | 18 % |

Ces mauvais résultats correspondent aux cas où la tension ne baisse pas après l'opération ou baisse insuffisamment et ceux où elle remonte rapidement peu de temps après.

### 2° Résultats éloignés.

Il sont beaucoup plus difficiles à apprécier car la plupart des auteurs publient des observations de durées fort inégales. D'autre part il est indispensable, pour juger sainement, de comparer les résultats éloignés aux résultats immédiats, or on les trouve rarement côte à côte dans les observations publiées.

On a donné très peu de statistique remplissant ces conditions, la seule même que nous ayons trouvée est celle que Vettiger a publiée dans sa thèse en 1901. Cette statistique est très intéressante car tous les résultats que l'on y trouve ont été constatés de 1 à 9 ans après l'iridectomie. La voici :

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Amélioration ..... | 73,91 % |
| Même état .....    | 4,34 %  |
| Aggravation .....  | 21,74 % |

S'il en était ainsi les résultats éloignés de l'iridectomie dans le glaucome aigu, seraient, en somme, très bons. Mais cette statistique doit être critiquée : si on analyse les cas publiés on se demande comment elle a été obtenue. La tension ayant été prise au doigt (le tonomètre n'existant pas alors), nous ne pouvons faire état pour juger des résultats, que de l'acuité visuelle, en comparant la dernière acuité mesurée, à celle existant après l'opération. Or voici ce que nous trouvons :

Augmentation de l'acuité usuelle ou statu-quo dans 12 cas sur 23 cas publiés (Observations n° 1, 2, 8, 9, 17, 24, 32, 39, 42, 44, 45, 47).

Diminution de l'acuité visuelle dans 11 cas (Observations n° 4, 10, 11, 13, 15, 25, 28, 29, 34, 41, 43).

Il ressort donc de cette statistique, tout au moins que les résultats éloignés, donnés par l'iridectomie dans le glaucome aigu sont bons dans 52 % des cas.

Dans 48 % des cas, au contraire, ces résultats sont mauvais, le glaucome ayant refait son apparition. Nous croyons, que l'on peut considérer comme exacte, cette proportion entre les bons et les mauvais résultats.

Ce retour du glaucome peut se faire de trois façons différentes : Dans un premier groupe de cas, c'est une nouvelle attaque aiguë qui se produit; cela arrive surtout chez des malades très émotifs. Notre observation IV en est un bel exemple. Dans un deuxième groupe de cas ce sont des crises subaiguës répétées qui viennent attaquer l'œil et enlever peu à peu ce qui reste de vision. Enfin dans un dernier groupe, c'est un glaucome chronique à hypertension constante ou intermittente qui s'installe insidieusement.

## **B) Insuffisance de l'iridectomie dans le glaucome chronique.**

Pour le glaucome chronique nous serons plus bref, car dans cette forme les récidives après l'iridectomie sont beaucoup plus fréquentes. De Graefe l'avait déjà remarqué. DeWecker dit que dans le glaucome irritatif les résultats de l'iridectomie

sont loin d'être aussi durables que dans le glaucome aigu. Il note que l'on assiste parfois à une reprise de l'affection quelques années après l'opération et que d'autres fois celle-ci se montre impuissante à arrêter la diminution du champ visuel et de l'acuité centrale, soit immédiatement, soit au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

« Les insuccès sont la règle dans la forme chronique simple » déclare Panas, et parmi les auteurs modernes, Lindsay Johnson dit : « It is quite a common occurrence to find that a patient, after having had the glaucoma apparently cured by an iridectomy, suffers a recurrence of tension ».

Bien des statistiques ont été publiées pour montrer les résultats que donnent l'iridectomie dans le glaucome chronique. Nous pourrions citer notamment celles de Vettiger, Wygodsky, von Hippel, Bossalino, etc... Disons seulement, que de leur étude comparée il résulte que l'iridectomie réussit environ 40 fois sur 100 dans le glaucome chronique à hypertension constante et 20 fois sur 100 dans le glaucome chronique à hypertension intermittente. On voit que nous sommes loin de 82 % de bons résultats (au point de vue acuité visuelle) donnés par la sclérecto-iridectomie dans ces mêmes cas.

Nos observations VI, VII et X et XI montrent particulièrement bien cette insuffisance de l'iridectomie dans le glaucome chronique.

## CHAPITRE III

**Explication de l'insuffisance de l'iridectomie montrant que lorsque son action est terminée, c'est par l'oulectomie qu'il faut la remplacer.**

---

Ainsi donc, voilà bien établie l'insuffisance fréquente de l'iridectomie et démontré que nombreux sont les cas où elle échoue totalement, où malgré elle et plus ou moins longtemps après l'opération, on voit, soit une nouvelle crise aiguë ou subaiguë emporter ce qui reste de vision, soit une montée lente de la tension révéler le début ou la reprise d'un glaucome chronique.

En présence de pareils faits, il est bien permis de se demander pourquoi cette iridectomie si efficace parfois, se montre, d'autres fois, si totalement impuissante et de rechercher les causes de cette impuissance; et il est logique de penser que ces causes doivent tenir à l'iridectomie elle-même, à son mode d'action. Ainsi sommes-nous conduit à étudier la façon dont agit cette opération.

Quand de Graefe a proposé l'iridectomie pour le traitement du glaucome, il ignorait complètement comment elle agissait et s'appuyait uniquement sur des faits empiriques. Depuis on a cherché à expliquer cette action. De nombreuses théories ont vu le jour. Parmi elles citons celles de Donders, Schnabel, Abadie, Exner, Coccius, Henderson, etc... Nous n'avons pas l'intention de les étudier ici, une à une et de les discuter. Nous croyons que la théorie juste est celle de De

Wecker; elle permet en effet d'expliquer des faits cliniques qui, autrement, resteraient obscurs. De Graefe, ayant remarqué que les iridectomies avec cicatrice cystoïde étaient souvent supérieures, quant aux résultats, aux iridectomies régulières, avait eu un moment l'idée, pour l'abandonner ensuite, que dans ce cas l'iridectomie agissait en facilitant la sortie hors de l'œil des liquides intra-oculaires. De Wecker, reprenant cette idée, déclara que l'iridectomie, même sans cicatrice cystoïde, agissait en « établissant une sorte de soupape de sûreté, en donnant lieu à une cicatrice à filtration » et il ajouta que cette filtration se faisait par l'intermédiaire d'un tissu trabéculaire formant la cicatrice scléroticale, et s'étant formé sous l'influence de la tension intra-oculaire tendant à écarter les deux lèvres de la plaie et à en empêcher la réunion par une cicatrice normale. Cette théorie mécanique fut adoptée par beaucoup d'auteurs en particulier par Mauthner qui au Congrès de Heidelberg de 1869 disait : « La cicatrisation sinon cystoïde, mais moins résistante, qui, suivant de Wecker, se produit, en règle générale, sur les yeux glaucomateux, est le point important; elle permet ultérieurement la filtration de l'humeur aqueuse et conséquemment une réduction permanente de la tension intra-oculaire ».

Mais on pouvait avec raison objecter que, dans ces conditions, la simple section sclérale sans iridectomie devait réussir aussi bien. Cette lacune de la théorie de De Wecker fut comblée par le Professeur Lagrange qui en modifiant légèrement cette théorie donna du mode d'action de l'iridectomie une explication définitive. Tout en admettant la cicatrice à filtration il démontra en effet, par des examens anatomiques, que « cette filtration est elle-même la conséquence de l'enclavement du moignon excisé dans la plaie, de l'ourlage, de la lèvre postérieure de l'incision par l'iris que l'opérateur, qu'il le veuille ou non, attire et laisse dans l'ouverture sclérale », et il ajouta : « On ferait donc ainsi l'iridoenkleisis sans le savoir et sans le vouloir; là serait l'explication de la filtration; pendant un certain temps, pendant longtemps parfois, le tissu irien

maintiendrait la plaie ouverte jusqu'au moment où sclérotique et tissu de l'iris se seraient ensemble réunis et fusionnés ».

Nous croyons donc pouvoir résumer le mode d'action de l'iridectomie en disant : « *L'iridectomie agit par l'établissement d'une cicatrice à filtration; elle agit dans la mesure où elle est filtrante et aussi longtemps qu'elle l'est* ».

Cette explication du mode d'action de l'iridectomie étant admise, il est possible alors d'expliquer ce qui peut se passer dans un œil glaucomateux ayant subi cette opération.

Si le malade porteur de cet œil n'« hypersécrète » plus, s'il ne jette plus d'excès de liquide dans son œil, il est bien évident qu'alors il importera peu que l'iridectomie continue ou non son action.

Si, au contraire, le malade continue ou recommence à jeter dans son œil malade, continuellement ou par accès, du liquide en excès, alors l'avenir de cet œil dépendra de son iridectomie : si celle-ci continue à filtrer et suffisamment l'œil évacuera le trop-plein de liquide et continuera à vivre normalement; mais si, et c'est ce qui arrive le plus souvent, elle ne filtre plus ou ne filtre qu'insuffisamment, la tension de cet œil va s'élever, le glaucome va reprendre sa marche.

Mais de ce mode d'action de l'iridectomie on peut tirer une autre déduction, très importante pour la thérapeutique antiglaucomateuse, celle-ci : lorsque l'iridectomie aura cessé de filtrer, et que, le malade refaisant une nouvelle poussée de glaucome, la tension remontera, c'est nécessairement par une opération filtrante qu'il faudra la remplacer. Mais en réalité comme nous avons aujourd'hui à notre disposition la méthode fistulissante et comme nous savons que la fistulisation de l'œil glaucomateux est la seule façon d'assurer d'une façon définitive la normalisation du tonus oculaire, c'est une opération fistulissante que nous exécuterons et cette opération sera une sclérectomie ou mieux une oulectomie.

Et en faisant ainsi la sclérectomie sur des yeux iridectomisés auparavant, nous serons d'accord avec de nombreux auteurs :

Teulières cite des cas « où on a dû (après iridectomie) pour sauver une vision déjà très compromise pratiquer l'oulectomie et la sclérectomie secondaire.

Van der Hoeve conseille d'employer la sclérectomie quand l'iridectomie n'a pas donné de résultat.

Gonin (de Lausanne) dit qu'il y a des cas où l'iridectomie ne suffit pas et que la sclérectomie est alors nécessaire.

Jacqueau (de Lyon) écrit : « Si l'iridectomie est insuffisante la sclérectomie, viendra très utilement amener une détente et un calme tels que la maladie s'en trouvera enrayée peut-être définitivement. ».

Lister, Lindray, Johnson, Fourrière, Nectoux préconisent eux aussi la sclérectomie, autrement dit, l'oulectomie quand l'iridectomie se révèle insuffisante.

Nous pouvons donc terminer ce chapitre en disant que l'oulectomie est une opération nécessaire, indispensable même, quand les phénomènes glaucomateux refont leur apparition au niveau d'yeux déjà opérés d'iridectomie.

---

## CHAPITRE IV

---

### Technique opératoire

L'oulectomie comme son nom l'indique, sera faite au niveau de la cicatrice de l'iridectomie.

La technique à employer sera celle que le Professeur Lagrange a décrite pour la sclérectomie simple, nous croyons bon de la reproduire ici.

*Premier temps.*— Ponction dans la sclérotique à un millimètre du limbe, contre-ponction dans un point correspondant et incision de la sclérotique dans l'angle irido-cornéen; en terminant l'incision le tranchant du couteau est dirigé en arrière de manière à couper la sclérotique en biseau, en bec de flûte; lorsque le couteau est sous la conjonctive, on détache un large lambeau de muqueuse.

*Deuxième temps.* — On prend le lambeau conjonctival avec de fines pincés à dents de souris, on le soulève et avec un emporte-pièce ou des ciseaux très bien aiguisés, car la sclérotique est très résistante, on résèque un assez large fragment de la lèvre antérieure de l'incision; le lambeau conjonctival est respecté.

Nous signalerons comme point particulier, qu'il faudra faire grande attention au cristallin, car l'iris n'est plus là pour le protéger. Pour un opérateur peu habitué, il sera peut-être plus commode de faire l'oulectomie en face d'un des bords du colobome, le couteau sera ainsi mieux guidé. L'ampoule sclérale sera un peu sur l'« oreille », mais cela n'aura pas d'importance.

---

## CHAPITRE V

### Observations et Résultats

---

Nous apportons maintenant à l'appui de notre thèse des observations et des résultats.

On remarquera que tous les cas que nous publions ont été suivis au moins pendant un an. Nous avons en effet, volontairement obéi à la règle, rigoureusement observée à l'Ecole de Bordeaux, qui veut : qu'en matière de sclérectomie ne soient considérés comme probants et ne soient publiés que des résultats constatés un an au moins après l'opération.

L'observance de cette règle nous a évidemment obligé à éliminer un bon nombre d'observations mais nous pensons avec le Professeur Lagrange que ce laps de temps est indispensable pour pouvoir dire si une sclérectomie a réussi ou non.

#### Observation I (Hôpital St-André).

*Oulectomie OD et OG pour glaucome aigu. Récidive rapide.*

M. S..., 61 ans. Souffre depuis 1916 d'un glaucome subaigu bilatéral, révélé par des crises de céphalées et d'obnubilations passagères. De 1916 à 1919 son état va en s'aggravant. Le 3 septembre 1919 à la suite d'une crise plus violente ressemblant presque à une crise aiguë le malade entre à l'hôpital St-André.

A son arrivée :

OD V = 1/6 T OD = 40 mm.

OG V = 1/20 T OG = 80 mm.

Le 4 septembre : iridectomie à OD et OG.

Le 3 décembre : les douleurs ont diminué, l'acuité remonte.

$$\text{OD V} = 1/4$$

$$\text{OG V} = 1/20$$

Cependant :

$$\text{T. OD} = 40 \text{ mm.}$$

$$\text{T. OG} = 40 \text{ mm.}$$

De nouvelles poussées d'hypertension se produisant, le 20 décembre on fait une oulectomie à OD et le 30, la même opération à OG. Suites opératoires normales.

En février 1920 : OD V = 1/3 T. OD = 25 mm.

$$\text{OG V} = 1/20 \text{ T. OG} = 18 \text{ mm.}$$

Le malade convoqué revient en mars 1922 et on constate :

$$\text{OD V} = 1/3 \text{ T. OD} = 24 \text{ mm.}$$

$$\text{OG V} = 1/40 \text{ T. OG} = 12 \text{ mm.}$$

*Commentaire.* — L'oulectomie a normalisé l'œil droit et fait remonter l'acuité du 1/4 à 1/3.

La vision de l'œil gauche a diminué mais il faut remarquer qu'elle était déjà très mauvaise lors de l'opération. Cet œil gauche est un peu hypotone (12 mm.).

*Temps d'observation* : 2 ans et 3 mois.

## Observation II (Hôpital St-André).

### *Oulectomie OD et OG pour glaucome aigu Récidive tardive*

M. R..., 60 ans, boulanger.

En 1916 a eu des poussées de glaucome subaigu au niveau des deux yeux. Au cours de ces poussées les yeux étaient injectés, douloureux et le malade voyait à travers un brouillard.

Le Dr Delorme fait une iridectomie à OD puis à OG.

En août 1921 le malade se plaint de gêne dans la vision, de brouillards et d'obnubilations passagères.

$$\text{OD} + 2 \text{ V} = 1/3; \text{OG} + 0,75 \text{ V} = 5/6 \text{ faible.}$$

$$\text{T. OD} = 28 \text{ mm. hg.; T. OG} = 32 \text{ mm. hg.}$$

On fait à cette époque deux oulectomies.

En septembre 1923 le malade revient sur notre demande; il n'est plus gêné, plus de brouillards.

OD ( $130^{\circ} - 1,50$ ) + 1,75 V = 5/10 T. OD = 20 mm.

OG ( $15^{\circ} + 0,75$ ) V = 6/10 T. OG = 12 mm.

A OD comme à OG : cicatrices plates mais bien visibles.

*Commentaire.* — Chez ce malade l'iridectomie a suffi pendant 6 ans puis la tension a monté, des symptômes subjectifs sont apparus.

L'oulectomie alors pratiquée à OD et OG a donné de bons résultats puisque 2 ans après la tension est normale (peut-être un peu basse à OG) et les symptômes subjectifs ont disparu.

V. a diminué un peu à OG, mais augmenté à OD remontant de 1/3 à 5/10.

*Temps d'observation* : 2 ans.

### Observation III (Hôpital St-André).

#### *Oulectomie pour glaucome aigu. Récidive rapide.*

Mme B..., 69 ans. Rien dans les antécédents. La malade signale seulement qu'elle s'émeut facilement et qu'elle a une tendance exagérée à se mettre en colère.

En février 1920 au cours d'une colère, l'œil droit devient très rouge et perd subitement la vision; en même temps : céphalée très vive et vomissements. La vue, revenue peu après, disparaît ensuite rapidement.

En mars 1922, le 4, pendant la nuit : vomissements; la nuit suivante, céphalées très violentes dans la région orbitaire gauche et l'œil gauche perd la vision. Le 6, la malade venue à la consultation de l'Hôpital St-André est opérée immédiatement d'iridectomie.

Avril 1922 : Depuis l'opération la vue est revenue en partie, mais la malade accuse, par intermittence, des brouillards et des douleurs gravatives au niveau des deux régions orbitaires :

V OG = 1/3

T. OD = 26 mm. (tension prise après une crise douloureuse).

Septembre 1922 : Oulectomie OG. Suites opératoires normales  
La malade part améliorée.

Septembre 1923, la malade n'éprouve plus aucun trouble.

V OG =  $1/3$  faible. Début de cataracte.

V OD = 0. (Glaucome absolu avec cataracte totale)

T. OG = 22 mm.

T. OD = 60 mm.

*Commentaire* : 5 mois après l'iridectomie : Poussées d'hypertension avec symptômes subjectifs. 1 an après l'oulectomie la tension est normale; les symptômes subjectifs ont disparu.

*Temps d'observation* : 1 an.

#### Observation IV (Hôpital St-André).

(Due à l'obligeance du Dr Pesme).

*Oulectomie pour glaucome aigu. Récidive rapide.*

Augustine B..., 58 ans.

Le 10 juin 1922 la malade est atteinte de glaucome aigu de l'œil gauche. Le diagnostic n'ayant pas été fait, des instillations d'atropine répétées pendant dix jours, le transforme en glaucome suraigu. La malade souffrant horriblement sans que rien ne puisse la calmer et vomissant sans arrêt depuis deux jours, on nous appelle le 22 juin. Nous constatons alors ce qui suit :

Œil gauche très dur. Cornée grise laissant à peine apercevoir l'iris

V. OG : réduite à une faible perception lumineuse.

T. OG : 70 mmhg.

V. OD = 1.

T. OD = 22 mmhg.

Nous pratiquons immédiatement, après instillation de pilocarpine et anesthésie rétrobulbaire, une iridectomie sclérale large. Aucun incident opératoire. Le lendemain les douleurs ont disparu et la malade peut compter les doigts à 10 cm. Une quinzaine de jours après, alors que la malade allait très bien, on apporte chez elle sa belle-sœur grièvement blessée; elle éprouve une forte émotion et fait une nouvelle

crise de glaucome aigu de l'œil gauche. Elle revient à l'hôpital et nous constatons :

T. OG = 60 mm.

Après avoir instillé de la pilocarpine et fait une anesthésie rétro-bulbaire, nous pratiquons, le 15 juillet 1922 une oulectomie petite, mais cependant bien visible; à la suite de cette opération, les douleurs disparaissent et l'acuité remonte un peu : V. OG = 1/10.

Nous avons été revoir cette malade le 22 septembre 1923, plus de 14 mois après, après notre intervention. Elle nous a déclaré que depuis elle n'a jamais éprouvé ni douleur, ni brouillards.

A cette date ; T. OD = 22 mm.

T. OG = 1/7.

Cette observation est caractéristique. Elle montre : 1° l'insuffisance rapide de l'iridectomie;

2° Les bons effets de l'oulectomie, puisque près d'un an et demi après la tentation est normale, il n'y a plus de symptômes subjectifs et l'acuité a remonté.

*Temps d'observation* : 1 an et demi.

#### Observation V

(Publiée in *Archives d'Ophth.*, 1906). (Clin. part. du Pr Lagrange).

*Oulectomie pour glaucome aigu. Récidive tardive.*

Mme D..., 58 ans.

Bons antécédents personnels. A signaler cependant des migraines fréquentes. La malade a commencé à souffrir des yeux il y a 4 ans, au moment de la ménopause. A cette époque l'œil gauche est devenu rouge, il paraît avoir été atteint d'irido-kératite grave, ayant laissé un gros leucome sur la cornée. Ce n'est que secondairement que s'est développé le glaucome dans cet œil. Cette complication enleva rapidement à O. G. le peu de vision qui lui restait et provoqua chez la malade de fortes douleurs de tête.

Vers janvier 1904 la vue commença à baisser à l'œil droit, en même temps que se manifestaient quelques douleurs. Au mois de février

le 18 au matin, les douleurs devinrent aiguës et la vision disparut. En présence de cette attaque de glaucome aigu, le Professeur Lagrange pratique le 20 février une iridectomie à O. D. Très bon résultat immédiat : les douleurs se calment, la vision revient.

Au mois d'avril 1904 le malade se plaignant de douleurs de l'œil gauche, le Professeur Lagrange pratique le 30 avril une sclérectomie simple obtenant ainsi une cicatrice filtrante mettant la malade à l'abri des douleurs.

Le 13 mars 1905 la vision baisse de nouveau à O. D., cet œil redevient douloureux et tendu, le Professeur Lagrange pratique une oulectomie pour obtenir une cicatrice filtrante comme du côté opposé.

12 mars 1905 : avant l'oulectomie :

OD + 0,50 V.  $\cong$  1/2 Champ très rétréci.

OG V. = qualitative.

23 novembre 1905 : huit mois après, cicatrice filtrante très nette à droite comme à gauche.

OD 105° + 1 V = 2/3. Champ un peu agrandi en dehors.

23 mai 1906 : quatorze mois après :

OD 105° + 1 V = 9/10

*Commentaire.* — Cette observation incomplète puisque la tension n'a pas été mesurée, nous montre cependant :

1° L'insuffisance de l'iridectomie;

2° Qu'à OG, la sclérectomie pratiquée a amené la disparition des douleurs;

3° Qu'à OD, l'oulectomie a donné un résultat fort intéressant, puisque en un an elle a fait remonter l'acuité de 1/2 à 9/10.

*Temps d'observation* : 14 mois.

## Observation VI

(Clin. part. du P<sup>r</sup> Lagrange. Due en partie à l'obligeance du D<sup>r</sup> L. Dor).

*Oulectomie pour glaucome chronique. Récidive tardive.*

Mme A..., 55 ans Malade très nerveuse, ayant même dû faire un séjour à la campagne depuis le début de son affection oculaire, pour troubles névropathiques.

Consulte un oculiste pour la première fois en 1913 parce que sa vue est trouble et fatiguée. Aucun traitement n'est prescrit. La malade consulte de nouveau deux ans après, en 1915, on lui conseille de la pilocarpine: Malgré celle-ci, l'acuité visuelle se met à baisser lentement surtout du côté droit, des maux de tête et des obnubilations font leur apparition. En présence de ces symptômes, un oculiste pratique en août 1921 une iridectomie à l'œil gauche, l'œil droit ayant déjà perdu toute acuité. Cette intervention arrête la marche du glaucome pendant un an, puis l'acuité recommence à diminuer lentement. Enfin depuis le début de 1923 la malade éprouve des obnubilations passagères. Elle va alors consulter le Dr L. Dor à Lyon, qui l'adresse au Professeur Lagrange, en lui conseillant de se faire faire une sclérectomie.

Le 7 mars 1923, elle vient chez le Dr Lagrange à Bordeaux. On constate :

OD V = 0 T. OD = 50 mmhg.

OG 90° — 050 0,50 V = 1/6 T OG = 40 mmhg

Malade très fatiguée. Mauvais état général.

Le 10 mars M. Lagrange fait une oulectomie à l'œil gauche et quelques jours après la malade part ayant la même acuité qu'avant l'opération.

Le 30 novembre 1924, voulant savoir ce qu'était devenue cette malade nous écrivons au Dr L. Dor qui, très obligeamment, nous envoie, aussitôt, la suite de l'observation :

« Au retour de Bordeaux, Mme A... avait une tension de 18-20 à l'œil opéré (O. G.) et de 45 à l'œil droit avec glaucome persistant et cécité totale de ce côté.

J'ai opéré cet œil droit le 16 juin de sclérecto-iridectomie. J'ai pensé que la persistance d'un état glaucomateux à droite pouvait nuire au résultat excellent obtenu à gauche.

Le 15 octobre 1923 : V. OD = 0 T. OD = 26-28 mm.hg.

V OG = 1/8 T. OG = 16.18 mm.hg.

Je fais cesser complètement la pilocarpine à gauche; la malade avait continué à en mettre de sa propre initiative.

Le 20 novembre 1923 T. OD = 24-26 mm.hg. T. OG : 18-20 mm.hg.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1924 : V. OD = 0 T. OD = 24-26 mm.hg.

V. OG = 1/6 T. OG = 18-20 mm.hg.

Ainsi il y a une légère amélioration de la vision de l'œil gauche 1/6 au lieu de 1/8 et le champ visuel est resté stationnaire.

Le 29 novembre j'ai su par une malade qui m'a été envoyée par Mme A.. que l'état demeurait absolument stationnaire.

Le Dr L. Dor ajoute: « C'est un très beau résultat, je suis très convaincu que sans l'intervention de M. Lagrange Mme A... serait aujourd'hui aveugle.

*Commentaire.* — Cette très belle observation montre nettement que l'iridectomie, après avoir fonctionné pendant un an, est devenue ensuite insuffisante pour arrêter la marche du glaucome, et cependant dit le Dr Dor « l'iridectomie faite antérieurement avait été très régulière et n'était critiquable en rien ».

L'oulectomie a donné un excellent résultat. 21 mois après l'opération, la tension est normale et l'acuité qui avait légèrement baissé aussitôt l'intervention a remonté à 1/6 et s'y maintient.

*Temps d'observation* : 21 mois.

## Observation VII

Kalt, in (*Bulletins de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1911).

### *Oulectomie pour glaucome chronique. Récidive tardive.*

Je soigne depuis cinq ans une dame atteinte de glaucome chronique des deux yeux sans poussées irritatives. Il y a quatre ans l'œil droit était atteint d'atrophie optique marquée; l'œil gauche n'avait que des visions d'arc-en-ciels répétées avec T + 1. Je fis des deux côtés une iridectomie large et correcte : amélioration temporaire durant quelques mois. Puis les yeux redeviennent durs, pupilles dilatées, cornées ternes; la malade se relève plusieurs fois chaque nuit pour constater la vision d'arc-en-ciels, le champ visuel se rétrécit, l'acuité baisse, au point que la malade ne peut presque plus lire de son meilleur œil. Que faire? Des sclérotomies répétées, l'oulectomie, ou bien une nouvelle iridectomie? L'expérience que j'ai de ces opérations tardives me faisait présager une atrophie optique prochaine.

Je fis alors des deux côtés la fistulisation sclérale au niveau de la

brèche d'iridectomie. Le résultat fut l'abaissement définitif de la pression. Depuis près de trois ans la malade a conservé sa vision; les accès de brouillards ont disparu.

*Commentaire.* — Le meilleur commentaire de cette observation est donné par Kalt lui-même qui ajoute : « J'ai trouvé cela très beau et je ne connais aucune intervention chirurgicale qui aurait donné un résultat pareil ».

*Temps d'observation* : 3 ans.

### Observation VIII (résumée en partie).

(A. Terson in *Annales d'oculistique*, février 1912).

*Oulectomie pour glaucome hémorragique. Récidive tardive.*

M. B..., 56 ans, commerçant. Diabétique et hypertendu, O. D. atteint il y a 4 ans d'hémorragie intra-oculaire diffuse. Les traitements généraux et locaux ne donnèrent que des résultats médiocres. Actuellement le malade voit tout au plus passer la main.

Il y a deux ans le malade revient pour une diminution de la vision avec rougeur de l'œil gauche qui jusque là avait été absolument normal. On fait le diagnostic de glaucome hémorragique et malin.

D'abord traitement médical : pilocarpine à outrance puis dionine, sangsues, pédiluves, calomel, etc...

Mais le champ visuel commence à se rétrécir suivant le mode glaucomeux classique, l'acuité baissa, la cornée se troubla légèrement et il devint évident que cet œil, dernière ressource du malade, allait rapidement s'affaiblir, malgré le traitement local et général, si une intervention n'était tentée. Après consultation et malgré les craintes d'hémorragie une iridectomie fut faite. Le 15<sup>e</sup> jour après, on revoyait le fond de l'œil qui avait une tension normale et le malade recommençait à lire. Cet état relativement inespéré dura presque une année, lorsque de nouveau l'œil devint rouge et malgré l'iridectomie sclérale et le traitement médical et oculaire durcit de nouveau. Ce qui restait du champ visuel se rétrécit encore et l'acuité baissa au point de supprimer la lecture.

Il fallut encore songer à une intervention. Aux premiers jours de décembre 1910 je pratiquai, après incision, rabattement d'un lambeau conjonctival, prise de la sclérotique avec ma pince érigne, l'excision d'un fort fragment sclérotical, en rognure d'ongle, au niveau de l'ancienne cicatrice, en m'inspirant des interventions de Lagrange. Ce n'était plus l'ouléctomie, mais l'*oulectomie* sous forme de sclérectomie secondaire ou mieux complémentaire... Il n'y eut aucune hémorragie et depuis plus d'un an, en somme, l'œil est resté absolument normal comme tension et comme douleurs. La vision est malheureusement réduite à une perception quantitative quoique le malade ait longtemps après l'opération perçu encore les objets dans sa partie restante de champ visuel. L'état blanchâtre des nerfs optiques, des nébulosités cristalliniennes sont, entre autres lésions, les principales causes de l'affaiblissement visuel malgré la normalisation du tonus jusqu'ici persistante ».

*Commentaire de l'auteur.* — Le résultat de l'iridectomie a été durable mais non définitif. La sclérectomie complémentaire nous a, par contre, donné depuis plus d'un an l'hypotonie que nous cherchions.

*Temps d'observation :* plus d'un an.

## RESULTATS

### 1<sup>o</sup> *Résultats Tension :*

11 yeux ont été opérés :

La tension a été normalisée dans ..... 9 cas

L'hypotension a été observée dans ..... 2 —

L'hypertension a été observée dans ..... 0 —

Sur ces 11 cas, 7 fois on s'est servi du tonomètre. Voici les tensions obtenues plus d'un an après l'opération : 24, 12, 20, 12, 22, 22, 20.

### 2<sup>o</sup> *Résultats, acuité visuelle :*

Sur 11 cas :

Une amélioration a été rencontrée dans .... 4 cas

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| Le statu-quo a été rencontré dans .....                                | 3 — |
| Une diminution a été observée dans .....                               | 3 — |
| Une diminution puis une augmentation ont<br>été rencontrées dans ..... | 1 — |

*Amélioration* : Une de  $1/6$  à  $1/3$  (Observation I).  
 Une de  $1/3$  à  $1/2$  (Observation II).  
 Une de 0 à  $1/7$  (Observation IV).  
 Une de  $1/2$  à  $9/10$  (Observation V).

*Diminutions* : Une de  $1/20$  à  $1/40$ ; le glaucome était déjà très avancé avant l'opération (Obs. I). Une de  $5/6$  à  $6/10$  (Observation II).

Dans le troisième cas (Obs. VIII) le malade ne pouvait déjà plus lire avant l'intervention. Après, la vision devint seulement quantitative. La diminution de l'acuité est facilement explicable comme le fait remarquer A. Terson par le très mauvais état des nerfs optiques avant l'opération et par l'apparition de nébulosités cristalliniennes.

Si nous remarquons en outre que dans le premier cas le glaucome était déjà bien avancé avant l'opération (puisque à ce moment  $V = 1/20$ ), nous pouvons dire qu'il n'y a comme mauvais résultat que le deuxième où en deux ans l'acuité a baissé de  $5/6$  à  $6/10$ .

*Diminution puis augmentation.* — C'est le cas du malade du Dr Dor (Obs. VI).

Immédiatement avant l'opération  $V. = 1/6$ . Huit mois après :  $V. = 1/8$ . 18 mois après :  $V. = 1/6$ .

Nous considérons cependant ce cas comme très bon, car avant l'oulectomie, V. baissait insensiblement depuis 1 an malgré une iridectomie et la pilocarpine et nous croyons avec M. Dorque, sans l'oulectomie, l'œil dont il s'agit serait aujourd'hui aveugle.

3° *Résultats au point de vue des douleurs et des troubles subjectifs*

Dans tous les cas l'oulectomie a fait disparaître complètement, les douleurs et les phénomènes subjectifs tels que :

obnubilations, brouillards, visions de cercles irisés autour des lumières.

Ces douleurs et ces symptômes, comme l'hypertension, s'étaient reproduits malgré l'iridectomie.

L'oulectomie donne donc des résultats excellents. En effet : elle normalise la tension, maintient et parfois fait remonter l'acuité visuelle et fait disparaître douleurs et symptômes subjectifs.

Abadie a écrit lors de l'apparition de la méthode fistulissante: « La sclérectomie n'aura fait ses preuves que lorsqu'elle aura guéri des malades que l'iridectomie, préalablement pratiquée, aura été impuissante à guérir. » On voit que les résultats que nous venons de publier constituent la meilleure des réponses à ce que demandait cet auteur.

---

Nous publions maintenant un deuxième groupe d'observations que nous séparons des précédentes parce que les résultats qu'elles donnent ne sont pas assez anciens. Nous ne les considérerons donc pas comme probantes. Nous les reproduisons simplement parce qu'elles sont intéressantes.

Nous attirons particulièrement l'attention sur la dernière d'entre elles, celle du Dr Teulière, parce qu'elle montre les services que peut rendre l'oulectomie pour lutter contre les douleurs du glaucome absolu.

#### **Observation IX** (résumée en partie).

(Dr Jacqueau (de Lyon), in *Archives d'Ophthalmologie*, 1914, p. 383)

*Oulectomie pour glaucome subaigu. Récidive rapide.*

M. F... 52 ans. Femme très robuste, sans aucune tare. Mais légèrement pléthorique. En octobre 1910 début de cataracte. O. D. G. Evolution rapide.

En novembre 1911 on opère OG. En octobre 1912 : OD. Ces deux opérations furent faites sans iridectomie. Les résultats furent excellents pour les deux yeux.

En juillet 1913 survint à l'œil primitivement opéré une crise de glaucome subaigu. Celle-ci céda incomplètement aux myotiques et on dut pratiquer une iridectomie classique. Détente complète mais de peu de durée : un mois après les arcs-en-ciel reparaisaient et l'hypertonie était manifeste. Pour éviter une nouvelle intervention on essaya d'agir par les myotiques ; malgré leur emploi le tonus ne revint pas à la normale, le champ visuel se rétrécit et la papille s'excava. Aussi une sclérectomie fut-elle pratiquée en octobre. « Cette fois le résultat fut parfait. Toute hypertension a disparu ; les anneaux colorés ne se sont jamais reproduits et la vision à une tendance légère

à remonter, bien qu'aucune modification ne se soit produite dans la lacune existant préalablement dans le champ visuel ».

*Commentaire de l'auteur.* — « Cette courte observation ne comporte, pour ainsi dire aucun commentaire. Elle montre d'une façon très nette la réussite de la sclérectomie là où l'iridectomie avait échoué. Il lui manque l'épreuve du temps pour être absolument péremptoire. Mais même cet œil dût-il périliter plus tard, que la sclérectomie en aurait toujours prolongé la durée ».

### Observation X

(E. Valude, in *Annales d'Oculistique*, mai 1908).

*Oulectomie pour glaucome chronique. Récidive rapide.*

Un malheureux confrère était atteint de glaucome chronique double avec un rétrécissement énorme des champs visuels allant aux deux yeux du côté nasal jusqu'à 5°.

Le 1<sup>er</sup> juillet dernier sa vision était la suivante :

OD : compte à peine les doigts à 20 cm.

OG : V = 1/10.

Je pratique sur l'œil gauche, le seul à peu près utile une iridectomie simple, n'osant tenter la sclérecto-iridectomie, et sur l'autre j'exécute l'opération de Lagrange. Les deux opérations se font facilement et les suites en sont des plus simples.

Mais, tandis que la vision de l'œil droit remontait, permettant de compter les doigts à deux mètres, celle de l'œil gauche tombait de 1/10 à ne lui permettre que de compter les doigts à 1 mètre. Et l'œil droit sclérecto-iridectomisé prenait une tension normale, tandis que l'œil gauche iridectomisé seulement restait dur avec T + 2. Les champs visuels restaient rétrécis.

Le malade était ainsi arrivé à préférer son œil droit anciennement perdu à son œil gauche.

Le 30 juillet je pratique alors une sclérectomie sur l'œil gauche déjà iridectomisé et la vision devient 1/5 de ce côté.

*Commentaire.* — Observation remarquable qui montre :

1° La supériorité de la sclérecto-iridectomie sur l'iridectomie dans le traitement des glaucomes chroniques;

2° Les excellents résultats, donnés par l'oulectomie. Il faut regretter que ces résultats ne soient pas plus anciens.

### Observation XI

(M. Teulières. Contribution à l'étude de la sclérectomie avec ou sans iridectomie, *Archives d'Opht.*, mai 1912).

### Observations XI et XII

*Glaucome chronique des deux yeux opérés par l'iridectomie. Aggravation. Sclérectomie après quatre ans.*

En novembre 1907 nous avons fait à M. Ch. âgé de 70 ans, habitant Libourne, une double iridectomie. Nous relevons sur la fiche d'observation, à la date de l'opération : Obnubilations fréquentes; cercles irisés presque constants. Pas de douleurs vives. Tension normale. Excavation énorme des papilles. Champs visuels rétrécis surtout à gauche. Diagnostic : glaucome chronique à hypertension intermittente.

Le 28 novembre le malade quittait la maison de santé. A droite l'acuité était toujours de 1/2. A gauche elle était tombée à 1/10. Le champ visuel de droite n'avait pas été sensiblement modifié. A gauche il avait franchi le point de fixation qu'il affleurait avant l'intervention. La tension était normale. Pendant près de quatre ans nous avons perdu ce malade de vue et ce n'est que le 30 juin 1911 qu'il est revenu à notre consultation accompagné par quelqu'un, n'y voyant plus.

Voici ce qu'il nous a raconté : Deux mois environ après les iridectomies les crises de glaucome subaigu avaient recommencé malgré les instillations de pilocarpine qui n'ont jamais été cessées. Ces crises étaient espacées de trois ou quatre mois et duraient deux ou trois jours. Après chacune d'elles l'acuité diminuait un peu. Un an après l'iridectomie l'œil gauche ne distinguait plus la main placée devant lui.

Le 30 juin 1911 nous constatons :

Œil droit : Tension  $T + 2$ . Papille très excavée et atrophiée œil à peu près indolore à ce moment là. V : voit la main présentée en haut et en dehors à 40 cm. Champ visuel rudimentaire. Glaucome chronique à hypertension constante.

Œil gauche : Glaucome absolu. Iris décoloré.  $T + 3$ .  $V = 0$ .

Le 3 juillet 1911 : œil gauche : après instillation d'ésérine pendant trois jours, nous faisons l'ouléctomie avec large lambeau conjonctival et une sclérectomie modérée. La cicatrisation se fait normalement et bientôt se forme une ampoule énorme au-dessus de la brèche sclérale. La tension est à peu près normale.

Le 11 juillet 1911, œil droit : après instillation d'ésérine pendant onze jours nous pratiquons la même opération que sur l'œil gauche huit jours auparavant. Malade très ému. Aussitôt après l'incision de la sclérotique la plaie baille, distendue par la poussée du vitré. Nous taillons à l'emporte-pièce de Holth un petit lambeau scléral. A ce moment le vitré fait hernie et reste dans la plaie. Le capuchon conjonctival le recouvre.

Les jours qui ont suivi le malade a ressenti des douleurs extrêmement violentes dans cet œil droit. Ces douleurs que rien ne pouvait calmer ont duré quarante deux jours, aussi longtemps qu'un bouchon de vitré est resté dans la plaie. Après quoi l'œil est resté indolore.

Nous avons revu ce malade le 20 avril 1912. Sa tension est normale à gauche, égale  $T + 1/2$  à droite. L'acuité a à peu près disparu (elle était de  $1/200$  avant l'opération). Mais les douleurs ont complètement disparu des deux côtés.

*Commentaire de l'auteur.* — Nous avons fait deux iridectomie<sup>s</sup> pour glaucome chronique; malgré cela en 4 ans, se sont installés un glaucome à hypertension constante et un glaucome absolu avec poussées très douloureuses et tensions de  $T + 2$  et  $T + 3$ . L'ouléctomie et la sclérectomie en normalisant la tension ont fait disparaître en même temps les douleurs.

*Temps d'observation :* 10 mois.

---

## CHAPITRE VI

### **Indications de l'oulectomie. — Conduite à tenir vis-à-vis d'un glaucomateux opéré d'iridectomie.**

---

De ce que nous avons écrit précédemment, il résulte que l'indication principale de l'oulectomie est très nette. « L'oulectomie sera indiquée toutes les fois que l'iridectomie sera devenue impuissante, aura perdu son pouvoir curatif ». En somme cette indication est calquée sur celle que de Wecker donnait de la sclérotomie : « La sclérotomie remplacera l'iridectomie succédant à une première opération restée inefficace ou ayant perdu son pouvoir curatif ».

Nous allons maintenant essayer de préciser les indications de l'oulectomie, et de déterminer la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter. Mais qu'il nous soit permis d'abord de dire, que, quel que soit le cas, quelle que soit la forme clinique, nous pensons que ce qui doit guider l'oculiste et lui faire envisager ou non une opération, c'est l'étude de la tension oculaire. Et à ce sujet, il n'est pas, croyons nous, inutile de préciser, que doit être considéré comme hypertendu et suivi de près, tout œil glaucomateux, dont la tension, mesurée avec le tonomètre de Shiotz après instillation d'holocaïne, dépasse 27 mm. de mercure. Ce chiffre donné par Heilbrun et adopté par Fourrière dans son importante thèse sur la tonométrie dans le glaucome, est le chiffre maximum de la tension normale : au-dessus l'hypertension commence, il y a danger pour l'œil ; il faut le fistuliser. Nous insistons pour que la tension soit mesurée à l'aide du tonomètre ; la

mesure au doigt est aujourd'hui périmée. Le doigt le mieux exercé ne peut faire de différence entre deux tensions, l'une de 25, 27 et l'autre de 30-32, et cependant la première est normale, et la seconde pathologique. D'autre part, seul le tonomètre permet de comparer des tensions successives et par là de juger des résultats d'un traitement antiglaucomeux, opératoire ou non. Enfin, grâce à lui et à lui seul, il sera impossible d'intervenir au bon moment, c'est-à-dire quand la tension commence à monter à un moment où l'hypertension n'est pas décelable au doigt.

## **I. — Indications de l'oulectomie dans le glaucome aigu.**

### *A) Cas où l'on a soi-même fait l'iridectomie.*

Deux sortes de cas peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Immédiatement après l'iridectomie, l'œil va mieux; la tension baisse, mais au bout de peu de temps la tension remonte progressivement. En pareil cas, et s'il ne s'agit pas simplement de la légère hypertension post-opératoire, signalée par Fourrière et qui cède aux myoptiques, il faut faire l'oulectomie, car l'iridectomie a fait faillite et il ne faut pas compter sur les myoptiques pour venir à bout d'un glaucome ayant résisté à l'iridectomie.

2<sup>o</sup> Après l'iridectomie tout rentre dans l'ordre, la tension baisse jusqu'à la normale, descend au-dessous et le malade part guéri. C'est le cas le plus fréquent, que convient-il de faire? Donner un traitement général, conseiller d'éviter toute cause d'émotion ou de préoccupations? Sans doute, mais cela ne saurait suffire. Nous pensons qu'il est essentiel de suivre le malade et ce, pendant des années, de prendre sa tension régulièrement, si cela est possible et dans tous les cas de l'avertir des crises subaiguës qui pourront survenir ou des symptômes subjectifs qu'il pourra ressentir un jour et qui devront le ramener immédiatement chez l'oculiste. Parmi ces symptômes nous noterons : a) la baisse lente de l'acuité

de l'œil opéré. Malheureusement le malade, s'en apercevra assez rarement, car il est difficile de constater que la vue baisse d'un œil, pour peu que l'autre soit bon et d'autre part nous savons que l'acuité centrale se maintient pendant longtemps dans le glaucome.

b) Les brouillards intermittents, les obnubilations passagères, les cercles colorés, irisés autour des lumières, symptômes bien plus importants.

c) Les maux de tête, les douleurs au niveau de l'œil opéré.

d) Enfin les deux signes prodromiques sur lesquels Morax a attiré l'attention: la douleur orbito-faciale «sourde, périodique d'abord, puis continue, simulant une douleur osseuse profonde et faisant penser à une affection sinusienne ou périostique» et le larmolement. Ils révéleraient un début d'hypertension.

Si l'opéré revient à cause de ces symptômes et s'il présente de l'hypertension, ou si l'on a constaté l'existence de celle-ci au cours des examens périodiques que nous conseillons, l'oulectomie est indiquée, il faut la proposer.

*B) Cas où un malade déjà opéré d'irideclomie par un autre oculiste vient consulter.*

Il viendra probablement pour une crise subaiguë ou parce qu'il aura éprouvé un ou plusieurs des symptômes précédemment décrits. De tels symptômes chez un pareil malade doivent constituer pour le médecin un signal d'alarme; ils doivent l'inciter à prendre son tonomètre et à mesurer la tension oculaire.

a) La tension dépasse 27 mmg. Il faut conseiller l'oulectomie et n'avoir recours aux myotiques que si le malade refuse toute intervention, car pour nous les myotiques ont le grand tort d'endormir la vigilance du malade. Que de malades qui, soulagés une première fois par eux, continuent à en mettre d'eux-mêmes, ne viennent plus consulter et con-

duisent ainsi goutte à goutte, pourrait-on dire, leur œil vers le glaucome absolu !

c) La tension semble normale, au premier examen. Il ne faut pas se contenter de ce seul examen, il faut recommencer les jours suivants — Heilbrun nous a appris qu'il y avait des variations d'un jour à l'autre — et surtout, il faut mesurer la tension dans le moment même où se produisent les troubles subjectils, ainsi que le recommande Fourrière qui raconte l'histoire très instructive d'un malade qui dans la journée avait 23 à 27 mmg. de tension, alors que le matin, au moment des troubles fonctionnels on notait 35 mmg.

S'il y a tension élevée : oulectomie.

## II. — Indications de l'oulectomie dans le glaucome chronique.

Un malade a un œil qui a été opéré d'iridectomie pour glaucome chronique, son mal continue ou reprend son évolution la tension est élevée, que faut-il faire ? Nous pensons que dans un tel cas l'indication de l'oulectomie est *absolue*. Un tel œil doit être fistulisé si l'on veut éviter sa déchéance progressive. L'iridectomie ayant échoué il faut intervenir ou recourir aux myotiques. Pour nous il n'y a pas à hésiter, la méthode fistulisante donnant des résultats infiniment supérieurs à ceux que donnent les myotiques. Il ne faut même pas en faire l'essai avant d'opérer, car pendant cet essai le champ visuel peut continuer à rétrécir, l'acuité à baisser, le glaucome à évoluer. C'est tout de suite qu'il faut opérer, si l'on veut enrayer le mal dans sa marche et conserver ce qui reste de champ visuel et d'acuité. Peut-être même alors, et par surcroît, une amélioration viendra-t-elle réjouir opérateur et opéré.

### III. — Indications de l'oulectomie dans le glaucome absolu.

Ici encore l'indication de l'oulectomie sera copiée sur celle que de Wecker donnait pour la sclérotomie lorsqu'il écrivait :

« La sclérotomie sera exécutée pour faire disparaître... et les douleurs du glaucome absolu ».

On fera donc l'oulectomie dans le cas de glaucome absolu pour lutter contre les douleurs souvent intolérables qui parfois l'accompagnent. L'oulectomie permettra en apaisant les douleurs de conserver le globe oculaire et d'éviter l'énucléation.

L'observation de M. Teulières, (Observation XI), montre les bons résultats que l'on est alors en droit d'attendre de l'oulectomie.

Il nous reste avant de terminer une dernière question à résoudre, celle-ci : Faut-il faire systématiquement l'oulectomie chez les malades ayant subi l'iridectomie pour glaucome aigu, le traitement opératoire du glaucome aigu devenant alors une opération en deux temps : 1<sup>o</sup> iridectomie; 2<sup>o</sup> oulectomie ?

Nous répondrons que, s'il s'agissait de nous, si un glaucome aigu venait attaquer notre œil, nous serions peut-être tenté de répondre oui, et d'être ainsi d'accord avec A. Bourgeois (de Reims) lorsqu'il dit : « S'il m'arrivait d'être atteint de glaucome aigu, je commencerais par refroidir mon accès en employant les moyens usuels et surtout en faisant un usage copieux de myotiques. Puis j'irais prier un confrère de me pratiquer une iridectomie, aussi régulière que possible sous chloroforme. Laissant encore refroidir mon glaucome pendant quelque temps, je ne me considérerais comme hors de danger que lorsque j'aurais eu recours à la tiltration ou mieux à la fistulisation que je demanderais à la sclérectomie ».

Mais s'il s'agit d'édicter une règle générale, nous dirons que, si convaincu que nous soyons des avantages et des bienfaits de la méthode fistulisante, nous ne croyons pas qu'il

faille pratiquer systématiquement l'oulectomie après l'iridectomie dans le glaucome aigu, et cela parce que, malgré tout, la clinique nous montre que bien des malades iridectomisés pour cette affection conservent jusqu'à leur mort une bonne vue et échappent soit aux récidives, soit au glaucome chronique. Et nous pensons, d'accord cette fois, avec notre maître qu'il faut toujours obéir aux enseignements de la clinique.

Nous résumerons donc notre étude sur l'oulectomie en disant ceci, que, à notre avis, aura le mérite d'être mesuré et conforme à ces enseignements :

1° Dans le glaucome chronique si nous avons affaire à un malade déjà iridectomisé : faisons-lui l'oulectomie : il faut faire bénéficier un tel malade de la méthode fistulisante.

2° Dans le glaucome aigu, si une injection rétro-bulbaire d'allocaïne-adréraline fait baisser suffisamment la tension pour que nous puissions pratiquer une sclérecto-iridectomie, faisons-la. Sinon, contentons-nous de la simple iridectomie, mais surveillons soigneusement nos opérés et soyons prêts à la moindre alerte, à les faire bénéficier eux aussi de la méthode fistulisante sous la forme d'une oulectomie.

---

## CONCLUSIONS

---

I. L'iridectomie est une opération insuffisante dans la cure du glaucome ; elle donne très souvent de bons résultats immédiats dans le glaucome aigu, mais elle échoue, en général dans le glaucome chronique.

II. La fistulisation de l'œil opéré est la seule condition anatomique qui puisse donner la décompression de l'œil, l'abaissement du tonus. C'est pourquoi, il est nécessaire après l'iridectomie de rouvrir la cicatrice opératoire et de faire une résection sclérale dans cette cicatrice, c'est-à-dire l'oulectomie.

III. Dans le glaucome aigu l'iridectomie donne des résultats durables lorsque le sujet n'a pas de nouvelles attaques de glaucome. S'il se produit de nouvelles poussées, il sera presque toujours nécessaire de faire une résection sclérale, une oulectomie au niveau de la première opération.

IV. L'oulectomie donne des résultats excellents.

Elle normalise la tension intra-oculaire

Elle maintient généralement l'acuité visuelle et parfois la fait remonter ;

Elle fait disparaître les symptômes subjectifs et, en particulier, les douleurs.

V. Les indications principales de l'oulectomie sont :

1° La reprise des accidents glaucomateux et entre autres,

le retour de l'hypertension chez des yeux déjà iridectomisés pour glaucome aigu ou chronique.

2° Les douleurs dans le glaucome absolu.

VI. Il convient de surveiller très soigneusement et longtemps les yeux glaucomateux opérés d'iridectomie. A la moindre alerte on leur fera une oulectomie. On évitera ainsi bien des glaucomes absolus et bien des cécités.

Vu :  
*Le Doyen :*  
C. SIGALAS.

Vu : Bon à imprimer  
*Le Président de la thèse,*  
LAGRANGE.

Vu et permis d'imprimer :  
Bordeaux, le 6 Décembre 1924  
*Le Recteur de l'Académie.*  
F. DUMAS.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Baron.** — (*Thèse de Bordeaux*, 1922).
- Beauvieux.** — (*Thèse de Bordeaux*, 1910).
- Bourgeois.** — Iridectomie et cicatrice cystoïde dans le glaucome.  
(*Arch. d'Ophth.*, 1914-15, p. 508 et 510).
- Fourrière.** — (*Thèse de Paris*, 1912).
- Gama Pinto.** — Le glaucome in *Enc. franc. d'opht.*, I. V.
- Gonin.** — (*Arch. d'Ophth.*, 1910, p. 373).
- Holth.** — Iridencleisis antiglaucomatosa. (*Ann. d'ocul.*, mai 1907).
- Jacqueau.** — (*Arch. d'Ophth.*, 1914, p. 383).
- Lagrange.** — (*Précis d'ophtalmologie*, G. Doin édit., Paris, 1921).
- Lagrange.** — (*Glaucome et Hypotonie.*) (G. Doin édit., Paris, 1922).
- Lindsay Johnson.** — (*Archiv. of Ophth.*, 1914, p. 7).
- Lister.** — (*The Brit. j. of. Opht.*, 1918, p. 560).
- Mauthner.** — Cité in De Wecker et Landoet. (*Traité d'Opht.*).
- Morax.** — Notes cliniques sur quelques signes initiaux atypiques  
du glaucome subaigu. (*Ann. d'ocul.*, 1918, p. 101).
- Nectoux.** — (*Thèse de Lyon*, 1921).
- Pagenstecher.** — Augenh. f. Arme. Wiesbaden. (*Jahrest.*, 1909, p. 18).
- Panas.** — Traité des maladies d'yeux.
- Priestley Smith.** — 79 th. *An. Meeting of the Brit. Med. Ass.* Birmingham, 1911).
- Terson (A.).** — (*Soc. d'Opht.*, Paris, 8-1-07).
- Valude (E.).** — (*Ann. d'ocul.*, mai 1908).
- Teuillères.** — Contribution à l'étude de la slérectomie avec ou sans  
iridectomie. (*Arch. d'opht.*, mai 1912).

**Van den Hoeve.** — (*Zeit f. Augenh.*, 1915).

**Vettiger.** — Die Erfolge der Iridectomie bei primär-glaucom. (*Thèse*  
de Bâle, 1901).

**De Wecker.** — Valeur de l'iridectomie. (*Soc. franc. d'opht.*, 1909).

**De Wecker et Landoet.** — Traité d'ophtalmologie.

---



